

第2号様式(第3条第1項)

(表)

福		医 療 証	
医 療 証 番 号			
対 象 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	男 ・ 女
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	
発 行 機 関 名 及 び 印		横浜市中区港町1丁目1番地 横 浜 市 長 印	
交 付 年 月 日		年 月 日	

(注意) 裏面の注意事項をよく読んでください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。
- 3 この医療証は、横浜市外では使えません。
- 4 対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を区役所に返してください。
- 5 氏名又は住所に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて区役所にその旨を届け出てください。
- 6 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に、区役所にその旨を届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり、又はなくしたりしたときは、区役所で再交付を受けてください。
- 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、区役所に返してください。